N° 9

TRAITEMENT

DE

L'AMYGDALITE AIGUË

PAR LES SCARIFICATIONS

ET LE MASSAGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Avril 1891

PAR

Gaston DEBEAUX

Né à Brax (Lot-et-Garonne), le 9 août 1866

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
— VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✻).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Opérations et appareils		N...
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des mal. des vieillards. .	MM.	N ..
Histologie.		BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.		BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophtalmologique.		TRUC, agrégé.
Accouchements.		GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BROUSSE	LECERCLE
FORGUE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CASTAN(✻), *président.*	MM. SARDA, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur*	BAUMEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

PHARMACIEN PRINCIPAL DE L'ARMÉE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

G. DEBEAUX.

A mon Grand-Père C. GOULARD

A mon Grand-Oncle D. GOULARD

A MES PARENTS

G. DEBEAUX.

A Monsieur le Docteur E. MAUREL

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Doyen CASTAN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES AMIS

G. DEBEAUX.

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude des émissions sanguines et du massage dans le traitement de l'amygdalite, nous croyons utile de passer rapidement en revue les divers moyens de traitement qui ont été employés contre cette maladie.

Tout d'abord, nous écartons de notre sujet l'amygdalite chronique, quoique les scarifications puissent être employées contre elle avec succès. Nous nous bornerons à l'étude des scarifications et du massage dans l'amygdalite aiguë.

Si l'on consulte les différents auteurs, on peut dire qu'un grand nombre de traitements ont été employés contre cette maladie. En premier lieu, nous voyons tous les auteurs recommander dans les formes simples, dans ces formes où la fièvre est nulle et la douleur peu accusée, des moyens peu énergiques. C'est ainsi que dans cette forme nous voyons recommander les gargarismes émollients, les tisanes chaudes. Comme moyen hygiénique, nous voyons préconiser le repos à la chambre, le port d'une cravate autour du cou. On peut dire que dans l'amygdalite légère, tous les moyens, même les plus simples, amènent rapidement une guérison, qui, la maladie étant laissée suivre son libre cours, arriverait presque aussi vite.

Quand l'amygdalite est plus intense, ces moyens ne suffisent plus ; ils sont toujours utiles pour calmer la douleur, mais il faut en prendre de plus énergiques pour amener une guérison rapide.

On se trouve ici en présence d'un grand nombre de médications employées.

On trouve d'abord le traitement par les astringents. On emploie de préférence l'alun et le chlorate de potasse. Nous donnons la préférence à ce dernier, quoique son action soit moins active que celle de l'alun. Ce dernier médicament, en effet, a l'inconvénient d'altérer l'émail des dents, et par suite, son emploi trop prolongé favoriserait la production d'une carie dentaire.

Mais l'alun peut être employé sous d'autres formes que celle de gargarisme. On peut l'appliquer directement en poudre sur les amygdales, soit comme le pratiquait Velpeau en le portant avec le doigt, soit en le projetant par insufflation.

Ce dernier procédé a le désagrément de répandre le médicament non seulement sur les organes enflammés, mais encore dans toute la bouche, et la saveur répugne aux malades. Quant au premier procédé, nous croyons que son efficacité était due non seulement à l'action de l'alun, mais encore aux manœuvres employées pour le déposer sur les amygdales. Nous citerons d'ailleurs l'étude de Velpeau quand nous traiterons du massage et nous verrons que les manœuvres qu'il décrit sont semblables à celles que M. le docteur Maurel emploie pour pratiquer

le massage. Nous croyons donc que c'est à ces attouchements qu'il pratiquait, qu'il devait en grande partie ses succès.

La cautérisation avec le nitrate d'argent a été aussi pratiquée. Mais ce moyen, on pourrait dire classique, de combattre l'amygdalite, consiste à provoquer des vomissements. C'est en examinant attentivement l'action produite par ce traitement, que M. Maurel, ainsi qu'il l'explique dans une note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre, a eu l'idée de pratiquer le massage des amygdales. Nous ne nous étendrons pas ici sur cette action, devant le faire dans le cours de cette étude.

M. le professeur Bouchard a introduit dans la science l'idée de l'infectiosité des amygdalites. Aussi, pour lui, le traitement doit-il être un traitement antiseptique, et conseille-t-il de pratiquer l'ignipuncture sur l'amygdale.

De ce traitement on peut en rapprocher celui usité par Frænkel, qui emploie le sulfate de quinine. D'après lui, tous les symptômes de la maladie sont atténués et la durée ne dépasse pas 48 heures.

Enfin nous trouvons les émissions sanguines, très usitées autrefois soit sous forme de saignée générale, soit plus souvent sous celle de saignée locale, soit plus rarement sous forme de scarifications ; elles sont tombées en désuétude aujourd'hui. Nous croyons que les scarifications méritent de reprendre place dans la thérapeutique, car elles diminuent rapidement la violence des symptômes.

Un dernier moyen de traitement est le massage, dont on doit l'introduction dans la pratique à M. le docteur Maurel. C'est

sur ces deux traitements associés ou employés seuls que nous avons fait notre thèse.

Nous avons été à même de juger des bons effets de ces traitements sur quelques malades que M. le docteur Maurel a bien voulu nous montrer.

Nous diviserons cette étude en quatre chapitres :

1° Un exposé historique des émissions sanguines, locales et générales.

2° La description et la manière d'effectuer les scarifications et la description de l'instrument employé par M. Maurel.

3° La manière d'effectuer le massage, chapitre où nous avons inséré une note de M. le docteur Maurel, qui nous montre par suite de quelles idées il est arrivé à ce traitement.

4° Des observations montrant les effets de ce traitement.

Et enfin les conclusions.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier M. le docteur Maurel de la bienveillance qu'il nous a montrée en nous donnant avec la plus grande libéralité non seulement des conseils, mais encore le résultat de ses observations. Nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.

Je remercie en outre M. le doyen Castan de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

TRAITEMENT

DE

L'AMYGDALITE AIGUË

PAR LES SCARIFICATIONS ET LE MASSAGE

CHAPITRE PREMIER

Peu d'affections appellent mieux les émissions sanguines et justifient mieux leur emploi que celle dont nous nous occupons. La fièvre le plus souvent intense, l'âge du sujet, le caractère franchement inflammatoire de la maladie, constituent autant d'indications. Ainsi s'explique que cette médication, appliquée à l'amygdalite aiguë, ait résisté au grand courant d'opinion qui l'a écartée du traitement local d'autres affections.

Il est fréquent, en effet, de trouver encore des médecins qui, ayant renoncé aux émissions sanguines d'une manière presque complète, les mettent en usage quand il s'agit d'une amygdalite aiguë. C'est que l'expérience leur a prouvé qu'il n'y a pas d'autres moyens qui agissent plus sûrement et plus rapidement.

Ces modes d'emploi, qui autrefois étaient très-variés, ont été peu à peu restreints. Les émissions sanguines générales sont, on peut le dire, complètement abandonnées. Les résultats qu'elles ont donnés à Louis ne sont guère probants (1).

Sur vingt-quatre malades traités par ce médecin, treize ont été saignés. La durée moyenne de l'affection fut chez eux de neuf jours, et de onze jours un quart chez ceux qui ne furent pas saignés. Le reste du traitement (pédiluves sinapisés, gargarismes astringents) a été le même dans les deux séries de malades. Du peu de différence dans la durée de l'affection, on peut conclure que l'influence de la saignée générale sur l'angine est extrêmement bornée.

Louis remarque encore que l'abondance de la saignée et sa répétition plus ou moins fréquente, n'ont pas d'influence sur la durée de la maladie. Enfin, une dernière conclusion qu'il tire de ses observations, c'est que, dans les cas où il a pu comparer l'effet produit par la saignée et celui produit par les sangsues, la supériorité du premier procédé lui a paru démontrée.

De la saignée générale faite loin du siège de la maladie, nous passons à la saignée faite dans le voisinage du siège de l'affection. La saignée des veines ranines, après avoir été très vantée pendant longtemps, est aujourd'hui tombée dans l'oubli, malgré les tentatives faites pour la réhabiliter.

Les anciens, en effet, étaient persuadés qu'il y avait de l'avantage à ouvrir le vaisseau dans lequel se jettent les veinules venant de l'organe malade. Aussi voyons-nous la

---

(1) Recherches sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires. (Arch. génér. de médecine, p. 321.)

saignée des veines sublinguales recommandée dans l'angine inflammatoire. Souvent, à cette opération, ils associaient la saignée générale.

C'est le conseil que donne Hippocrate. Pour lui, on doit pratiquer la saignée des veines sublinguales, et, si les forces sont bonnes, on peut faire en outre une saignée au bras (1).

Celse était partisan des saignées locales, comme l'indique le passage suivant : « Mitti vero is (sanguis) debet, si totius » causa sit, ex brachio, si partis alicujus, ex ipsa parte, » aut certe quam proxima, quia non ubique mitti potest, sed in » temporibus, in brachio, juxta talos. » Aussi conseille-t-il la saignée des veines ranines dans l'angine, après avoir toutefois essayé les gargarismes émollients, la saignée générale ; et si cela ne réussit pas, il ajoute : « Si hoc parum pro- » ficitur, utilissimum est incidere satis altis plagis sub ipsis » maxillis, infra collum et in palato circa uvam, vel eas venas » quæ sub lingua sunt, ut per ea vulnera morbus erumpat. » (2)

Arétée en est partisan, tout en employant aussi la saignée générale. « Quand une diète légère aura précédé, on fera une saignée à la veine située au pli du coude... Si le gonflement et l'inflammation rendent la déglutition impossible, après avoir repoussé la langue vers le palais, on en ouvre les veines principales : quand cette saignée est prompte et abondante, le malade reçoit plus de soulagement que de toute autre chose (3).

Cœlius Aurelianus, outre la saignée des veines ranines, fait des scarifications sur les parties enflammées. « Si major

---

(1) Hippocrate, Des maladies, liv. III, ch. X, Trad. Littré, t. VI, p. 129, 1851.

(2) Celse, Liv. II, ch. X. Liv. IV, ch. IV.

(3) Arétée, Traitement des maladies aiguës. Trad. Renaud, 1834, liv. I, ch. VI.

» fuerit tumor, ipsam quoque linguam scarificabat, atque » fauces et palatum tenui et longiore phlebotome. » (1)

Oribase, qui résume les idées de plusieurs médecins et surtout celles de Galien, emploie d'abord la saignée générale et aussi la saignée locale. « On pratique une émission sanguine révulsive au début d'une inflammation ; mais si l'inflammation dure déjà depuis longtemps, on saigne, s'il est possible, les organes affectés eux-mêmes ou, du moins, les parties qui en sont le plus rapprochées.... Les inflammations de la gorge et de la trachée-artère sont, au début, notablement améliorées par la saignée du pli du bras ; mais, après cette opération, la saignée de la langue est un remède très efficace si on ouvre à la fois les deux veines qui se trouvent sous cet organe (2). »

Tel est aussi l'avis d'Alexandre de Tralles : « La saignée est plus nécessaire qu'autre chose dans l'esquinancie. Si la saignée ne détend pas les parties et que la respiration et la déglutition ne deviennent pas plus libres, on ouvre les veines de dessous la langue, ce qu'il ne faut pas renvoyer au lendemain, mais faire le jour même. » (3)

Nous passerons à des auteurs plus rapprochés de nous, et laissant de côté les auteurs antérieurs à ce siècle, nous ne citerons que deux noms : Sydenham et Lieutaud.

Sydenham emploie d'abord les émissions sanguines générales, puis la saignée des veines ranines. « Opem laturus » sanguinem cum primis curatio e brachio copiose detrahi, » mox e ranula utraque. » (4)

---

(1) Liv. IV, ch. III.

(2) Trad. Bussemacker et Daremberg, t. II, p. 32, 1854.

(3) Liv. VI.

(4) Sydenham. Praxis medicinæ experimentalis sive opuscula universa. Cap. VII, *Angina*.

Lieutaud conseille des moyens plus nombreux : saignées, ventouses scarifiées, sangsues. « Anginæ inflammatoriæ » curatio venæ sectionibus, celebrata et auspicanda. Mittitur » nempe sanguis e brachiis, pedibus, cervice et lingua. Admo- » ventur hirudines partibus vicinibus, affligantur cucurbitulæ » scarificatæ cervice, occipiti scapulis. » (1)

Après avoir été en honneur pendant longtemps, comme nous venons de le voir, les émissions sanguines locales tombent en désuétude, et au commencement de ce siècle, elles n'étaient plus employées.

Arajo les reprit en 1853. Dans sept cas, il s'est trouvé en présence d'une angine inflammatoire très vive. La luette, le voile du palais, la base de la langue, les piliers, les amygdales étaient le siège d'une congestion intense. En même temps, il y avait des symptômes généraux graves : pouls petit, chaleur vive, face rouge, peau couverte de sueur. L'application de sangsues autour du cou et des saignées copieuses n'amenèrent aucune amélioration. La saignée des veines ranines est alors proposée et acceptée par les malades. Après cette opération, les malades sont immédiatement soulagés, et, quelques jours après, entrent en convalescence (2).

Mestivier emploie les émissions sanguines locales dans les angines inflammatoires. Il s'est bien trouvé de l'ouverture des veines ranines, quand les malades présentent un état fébrile accentué. Après une saignée peu copieuse, la diminution des symptômes généraux ne s'est pas fait attendre. Mestivier donne, en outre, son procédé pour pratiquer cette petite opération. Pour lui, le meilleur moyen d'obtenir un écoulement sanguin abondant consiste à ouvrir les veines dans

---

(1) Synopsis universæ praxeos medicinæ, 1770, p. 414.

(2) Arajo, Saignée des veines ranines. (Bull. de thérap., 1836.)

le sens transversal plutôt que dans le sens longitudinal. L'écoulement sanguin est ainsi plus facile et l'hémorragie est facile à arrêter (1).

Pour Aran, au contraire, il vaut mieux inciser les veines dans le sens longitudinal. Dans l'incision transversale, en effet, le sang peut s'arrêter de couler, soit par la formation d'un caillot, soit par la rétraction des deux bouts du vaisseau coupé. En outre, par ce procédé, on ne risque pas d'ouvrir les artères ranines. Pour faciliter l'écoulement sanguin, Aran conseille de faire pratiquer des mouvements de succion et de déglutition au malade. L'hémorragie, qui menacerait d'être trop abondante, est arrêtée soit par la compression de la langue entre deux morceaux d'amadou, soit en portant sur la plaie un stylet rougi au feu, un crayon de nitrate d'argent ou du perchlorure de fer (2).

L'ouverture des veines sublinguales a donné de bons résultats à Charrier. Pour lui, le meilleur moyen de pratiquer cette opération est celui proposé par Aran, l'incision dans le sens longitudinal (3).

Cruveilhier essaya de réhabiliter les saignées locales et parmi elles la saignée des veines ranines. « L'étude des anastomoses veineuses, dit-il, devait conduire à réhabiliter l'usage des saignées locales tombées en désuétude depuis la découverte de la circulation, et permettrait de régler d'après des données anatomiques le point où ces saignées devraient être pratiquées. Ainsi la saignée de la veine angulaire pour les maladies de l'œil, celle de la région qui répond à la jonction de la suture bi-pariétale avec la suture lambdoïde

---

(1) Mestivier, Sur la saignée des veines ranines. (Bull. de thérap., 1857.)
(2) Aran, Sur la saignée des veines ranines. (Bull. de thérap., 1857.)
(3) Charrier, Bull. de thérap., 1857.

pour les affections cérébrales ; la saignée de la veine ranine dans les maladies du pharynx me paraissent devoir être introduites de nouveau avec avantage dans la pratique médicale. » (1)

Malgré tous les efforts pour attirer l'attention sur la saignée des veines ranines, ce moyen n'est plus usité dans le traitement des angines. Un autre mode de saignée locale consiste dans l'application de sangsues. Nous avons vu que Louis trouvait que leur emploi ne produisait pas autant d'effet que la saignée générale. Arajo les a aussi employées concurremment avec la saignée générale, mais il a obtenu un plus grand bénéfice de l'ouverture des veines sublinguales. Monneret, cependant, les conseille dans la forme aiguë de l'amygdalite ; il engage de les placer sur la partie latérale du cou dans la région sous-maxillaire (2).

Mais l'application des sangsues sur les parties latérales du cou a, comme la saignée des veines ranines, l'inconvénient d'être faite loin du siège du mal. En outre, elles laissent des traces disgracieuses. C'est aussi le même reproche que l'on peut faire aux ventouses scarifiées, les seules émissions sanguines qui paraissent avoir trouvé grâce devant le public médical.

Aussi quand on veut appliquer les émissions sanguines au traitement de l'amygdalite, l'idée vient-elle de les faire directement sur l'organe enflammé. Ce sont donc de véritables scarifications que l'on opère sur l'amygdale.

Nous avons vu déjà que Cœlius Aurélianus pratiquait des scarifications sur la langue, mais les scarifications des amygdales ne sont guère mentionnées par les auteurs.

---

(1) Cruveilhier, Anatomie descriptive, t. III, 4e édit., p. 223, note.

(2) Monneret, Traité élémentaire de pathologie interne, art. amygdalite, 1863.

Conformément aux idées de son époque, Roche préconise l'emploi des émissions sanguines, surtout de la saignée générale. Mais il fait remarquer cependant que les scarifications donnent de bons résultats dans l'inflammation aiguë des amygdales (1).

Monge, dans sa thèse inaugurale, rapporte un fait où les scarifications ont amené une prompte guérison. Il s'agissait d'une femme de 24 ans atteinte d'une angine tonsillaire très intense. La saignée générale est d'abord employée. Dans l'espace de 24 heures il est pratiqué trois saignées du bras ; la dernière est même suivie d'une syncope prolongée. Malgré ces évacuations sanguines abondantes, l'inflammation persiste. Les amygdales et la luette sont tuméfiées au point que la malade ne peut plus avaler, la respiration est gênée. Des scarifications sont faites alors sur les amygdales. Le soulagement est immédiat. La malade peut prendre des boissons. Les amygdales sont encore gonflées, le lendemain il est fait quelques mouchetures. Quelques jours après la malade était guérie (2).

Dans l'amygdalite aiguë, Gérardin préconise les scarifications. Dans une note lue à l'Académie de Médecine, il dit qu'il n'a eu qu'à se louer de ce moyen de traitement. L'écoulement sanguin qui en résulte, dégage les amygdales avec une grande promptitude. Il dit même que par ce moyen on peut faire avorter les angines qui s'annoncent avec des symptômes alarmants (3).

E. Barthez a mis en usage le procédé de Gérardin, con-

---

(1) Roche, Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. amygdalite, 1829, t. II.

(2) Thèse de Montpellier, 1830, n° 72.

(3) Gérardin, Traitement de l'amygdalite par les scarifications. (Arch. génér. de méd., 3e série, t. III, p. 237.)

curremment avec la saignée générale. De ces deux moyens il donne la préférence aux scarifications. « Les émissions sanguines, locales ou générales, dit-il, soulagent rapidement et peut-être abrègent la durée du mal. Les sangsues appliquées en grand nombre sous l'angle de la mâchoire font un bon effet. Mais on arrive tout aussi rapidement au même but, en faisant des ponctions peu profondes sur les parties malades. Cette perte de sang, bien que minime, sera suffisante, et j'ai vu l'expuition de douze ou quinze crachats d'un sang noir être suivie d'une amélioration presque immédiate. Quelquefois, on est obligé de recommencer le lendemain cette opération innocente et peu douloureuse » (1).

Barthez et Sonné recommandent aussi cette opération. Pour eux, on peut la faire avec un bistouri droit entouré de diachylon jusqu'à la pointe. Les scarifications peuvent être superficielles, mais on peut faire des ponctions plus profondes. Le soulagement que procure ce moyen est plus prompt que celui que l'on obtient par des applications de sangsues derrière l'angle de la mâchoire (2).

Des opérations plus graves ont été pratiquées dans des cas où la suffocation était imminente. Simyan (3) et Liégeard (4) ont pratiqué l'amygdalòtomie. Enfin, dans un cas où les symptômes de suffocation étaient très accusés, Alb. Puech a été amené à pratiquer la trachéotomie (5).

---

(1) Mémoire sur l'amygdalite aiguë dite simple, sur le traitement et sur la nature de cette phlegmasie. Gaz. méd. de Paris, 1856, p. 445, 459.

(2) Traité clinique et pratique des maladies des enfants, t. I, ch. VII.

(3) Traitement de l'angine tonsillaire aiguë par l'excision des amygdales. Gaz. des Hôp., 1860.

(4) *Id.* Bull. de thérap., 1860.

(5) Moniteur des Hôp., 1857.

CHAPITRE II

Les scarifications, comme nous venons de le voir, n'ont pas été autant employées que les autres modes d'émission sanguine. Cela tient en grande partie aux difficultés qu'on éprouve dans l'application de ce traitement.

Dans les cas où elles sont indiquées, les malades éprouvent une grande difficulté à ouvrir suffisamment la bouche pour permettre l'introduction d'un bistouri. L'instrument employé pour pratiquer cette opération a été soit le bistouri, dont la lame est entourée de diachylon jusqu'à un centimètre de la pointe, soit la lancette ordinaire.

Pour opérer avec le bistouri, on a très souvent de sérieuses difficultés. Les malades n'ouvrent pas assez la bouche, en outre le manche de l'instrument empêche de voir ce qu'on fait au fond de la bouche. De plus, par ce moyen, on ne peut faire que des ponctions qui ne donneraient qu'une petite quantité de sang.

Aussi trouvons-nous de grands avantages au scarificateur des amygdales qu'a fait construire M. le docteur Maurel. Cet instrument se compose d'une tige fine en acier, longue de 12 centimètres, portée sur un manche de 10 centimètres de longueur et terminée par un losange de 2 centimètres de long sur 1 de large.

La partie antérieure du losange est coupante des deux côtés et constitue un triangle de 1 centimètre de hauteur. Elle est séparée du reste du losange par un ressaut qui arrête

l'instrument quand on en fait usage par ponction. La base de la partie coupante n'a que 8 millimètres.

La longueur totale de l'instrument est donc de 24 centimètres. Grâce à cette longueur, ce scarificateur peut être porté sur l'amygdale, sans que la main qui le tient masque le champ de l'opération ; le manche étant délié, le plus léger écartement des mâchoires permet son introduction.

Pour opérer les scarifications, le malade doit être assis en face du jour. Le médecin se met en face de lui, mais un peu du côté opposé à l'amygdale qu'il veut opérer. La main gauche abaisse la langue, soit directement, soit à l'aide d'un abaisse-langue ; de la main droite, il porte le scarificateur sur l'amygdale, sans perdre sa partie tranchante de vue. Du reste, si la langue est bien abaissée, on peut aller sûrement devant soi, sans craindre de blesser les parties qui ne sont pas malades. Mais quelque simple que soit l'opération, on ne saurait trop insister sur ce point : il faut suivre de l'œil ce qu'on fait avec la main.

Arrivé sur l'amygdale, grâce à la forme de l'instrument, il suffira de faire un mouvement d'avant en arrière pour pénétrer par ponction dans le tissu de cet organe. On comprend facilement qu'on fait non-seulement une ponction, mais encore une incision.

On peut, du reste, imprimer au scarificateur un mouvement permettant d'agrandir cette incision, ce qu'on ne peut faire avec le bistouri : ce mouvement est surtout possible dans le sens horizontal.

Pour pratiquer cette opération, il y a quelques précautions à prendre. Il faut commencer les incisions par la partie inférieure de l'organe malade ; sans cela, le sang viendrait immédiatement masquer le champ de l'opération. On fait ainsi trois ou quatre scarifications, puis on laisse reposer le malade. On

le fait gargariser pour débarrasser la bouche du sang qui coule des incisions et, après quelques instants, on recommence l'opération. On peut faire ainsi, dans divers sens, de 10 à 12 scarifications dans une seule séance.

On peut recommencer le lendemain et les jours suivants sans aucun inconvénient, si les premières incisions ont été insuffisantes. Généralement, deux séances à deux jours d'intervalle suffisent.

Après avoir fait trois ou quatre scarifications, il faut avoir soin de favoriser l'écoulement du sang. Il faut débarrasser la surface de l'organe des caillots qui s'y forment et qui empêchent l'écoulement sanguin. Pour cela, on fait gargariser le malade avec des lotions émollientes chaudes, et mieux on presse l'organe malade avec le doigt ; on enlève ainsi les caillots qui tendent à se former et on active la sortie du sang.

Les garanties données par le scarificateur, dont nous venons de donner la description, rendent l'opération sans danger et facile. On peut la pratiquer sans qu'il soit nécessaire d'avoir une grande habileté chirurgicale. Le manuel opératoire est des plus simples, et le résultat qu'on en obtient en est des plus avantageux. Les bénéfices qu'on peut en tirer sont tels que nous pensons que les scarifications directes sur l'amygdale doivent remplacer tout autre mode d'emploi des émissions sanguines. Nous croyons, en outre, qu'étant donné la facilité de cette opération, elles rendent de véritables services.

Les indications des scarifications se tirent surtout du caractère franchement inflammatoire de l'affection. C'est dans la forme profonde de l'amygdalite qu'on doit les effectuer. Quand on se trouve en présence d'une amygdalite double avec un gonflement des deux amygdales rendant la respiration difficile, et qu'en même temps les ganglions sous-

maxillaires sont engorgés, nous croyons qu'on peut faire hardiment des scarifications sur l'organe malade. L'écoulement sanguin atténue immédiatement la violence des symptômes.

On doit d'autant moins hésiter que quelques médecins, nous l'avons dit plus haut, n'ont pas reculé devant des opérations plus sérieuses. Simyan, Liégeard pratiquaient l'amygdalotomie. Cette opération n'est pas toujours sans danger, et on trouve de nombreuses observations d'hémorragies graves survenues après l'ablation des amygdales. Nous croyons qu'il est préférable de s'abstenir de cette opération ; à plus forte raison de la trachéotomie. Dans le cas cité par Puech, la suffocation était imminente par suite du gonflement énorme des amygdales. Nous avons vu que les scarifications étaient suivies d'une diminution de volume des amygdales très appréciable. Il vaut mieux, suivant nous, employer ce moyen de traitement, qui amène une sensible amélioration de l'état général du malade, plutôt que d'en venir à la trachéotomie, qui ne répond qu'à une indication, l'imminence de la suffocation. Le traitement de la maladie reste d'ailleurs toujours à faire.

La cautérisation ignée a été introduite par M. le professeur Bouchard dans le traitement des amygdalites. Se fondant sur la nature infectieuse de la maladie, M. le professeur Bouchard propose de pratiquer l'ignipuncture et d'employer un traitement antiseptique.

Nous croyons que l'ignipuncture, soit avec le thermocautère, soit avec le galvanocautère, est difficile à employer. L'écartement des mâchoires est trop limité pour permettre l'introduction du thermocautère. Le médecin s'exposerait à toucher soit les piliers antérieurs, soit la luette, et effrayer ainsi le malade. Le galvanocautère est un instrument d'un transport peu facile ; aussi croyons-nous qu'il vaut mieux employer les scarifications, et le scarificateur employé par

M. le Dr Maurel nous paraît devoir être adopté de préférence.

Les contre-indications sont peu nombreuses, et en dehors d'une menace d'une affection diphtéritique faisant un devoir de ne faire aucune solution de continuité dans les tissus, rien ne nous paraît empêcher le médecin de faire usage des scarifications.

CHAPITRE III

Dans une note qu'il nous a remise, M. le docteur Maurel nous donne les indications qui l'ont conduit à pratiquer ce massage dans les amygdalites. M. le docteur Maurel s'exprime ainsi :

« Bien souvent, ainsi que de nombreux praticiens, j'avais été frappé des heureux résultats que donnent les vomitifs dans le traitement des amygdalites aiguës. Après leur administration, en effet, j'avais vu fréquemment, non-seulement la maladie évoluer d'une manière telle, qu'il était impossible de mettre leur heureuse influence en doute, mais aussi, fait qui avait tout particulièrement attiré mon attention, les douleurs être aussitôt atténuées.

» Tout d'abord, j'avais pu croire que ces heureux résultats, en ce qui concerne l'évolution plus rapide de la maladie, étaient dus à l'action des vomitifs sur l'embarras gastrique qui accompagne souvent les amygdalites. Je pensais que les évacuants remédiaient seulement à cet état ; et que l'embarras gastrique disparu, l'amygdalite qui en dépendait ou qui tout au moins lui était liée d'une manière quelconque, tendait dès lors tout naturellement vers la guérison.

» Mais l'emploi de cette même médication dans quelques cas où l'embarras gastrique n'existait pas, tels que ceux, par exemple, que représentent les retours aigus de certaines amygdalites chroniques, et qui fut suivi de résultats tout aussi avantageux, surtout au point de vue de l'atténuation des dou-

leurs, me força à renoncer à cette explication ; et je dus en chercher une autre.

» J'en vins alors à penser qu'il se pourrait que le bénéfice retiré par le malade de l'emploi des vomitifs, bénéfice qui au moins au point de vue de la douleur est immédiat, ne fût dû qu'aux efforts de vomissements et à l'action mécanique qui les accompagne. En effet, on peut se rendre compte de ces efforts quand on provoque une contraction du pharynx, ne serait-ce qu'en examinant cet organe chez les malades. Ces efforts ont pour résultat de comprimer les amygdales. Les heureux résultats des vomitifs n'auraient été dus ainsi qu'à la compression de ces organes.

» Ce qui vint, en outre, ajouter à la probabilité de cette hypothèse, était que j'avais souvent constaté que les douleurs de l'amygdalite, très vives pendant les premières déglutitions d'un repas, s'atténuent ensuite.

» Or, la déglutition, comme le vomissement, ne se fait qu'en exerçant une certaine compression de l'amygdale, surtout lorsque le volume de cet organe est augmenté par l'inflammation. Ensuite, cette action, toute mécanique, était la seule que je trouvasse commune à ces deux phénomènes, vomissement et déglutition ; c'était par conséquent la seule qui pût expliquer leurs résultats identiques.

» Du reste, la vérification de cette hypothèse était des plus faciles. Si réellement l'atténuation immédiate de la douleur, et la diminution rapide du volume des amygdales étaient dues seulement à l'action mécanique des vomitifs, à la compression des amygdales, je devais arriver au même résultat en provoquant des vomissements *mécaniquement*.

» Choisissant donc un malade atteint d'une amygdalite aiguë légère sans complication d'embarras gastrique, j'essayai de provoquer les vomissements par des attouchements de

l'isthme du gosier. Je pensais en agissant ainsi, que tout au moins je ne pourrais pas lui nuire.

» Comme on le voit, dans ma pensée, il ne s'agissait pas encore de *massage*. Ce que j'allais pratiquer, c'était seulement des *attouchements* destinés à provoquer des vomissements. Tenant à préciser, j'ajoute que tout d'abord je tentai d'exercer ces attouchements avec une barbe de plume, et que ce fut après avoir vu ce procédé rester sans résultat et voulant vérifier mon hypothèse, que j'en vins à pratiquer les attouchements avec le doigt. Or, à quelque manœuvre que je me livrasse en ce moment elles furent vaines. Il n'y eut pas de vomissement.

» Mais ces tentatives m'avaient montré plusieurs faits des plus importants.

» D'abord je fus étonné de voir avec quelle facilité le malade avait supporté ces manœuvres, qu'intentionnellement j'avais faites sans trop de ménagements. La douleur avait été presque nulle. Ensuite, les organes enflammés s'étaient montrés d'une tolérance que j'étais loin de leur soupçonner. J'avais pu à plusieurs reprises toucher les amygdales, les presser même, sans provoquer de vomissements. Enfin, particularité qui me surprit encore davantage, ces manœuvres loin d'exaspérer les douleurs, comme on aurait pu le craindre, les avaient diminuées de la manière la plus manifeste.

» Ainsi se trouvait confirmée mon hypothèse d'une manière encore plus probante. Si, en effet, je n'avais pu obtenir des vomissements par ce procédé mécanique, j'avais exercé directement les pressions que je voulais obtenir de ces vomissements. Le résultat était des plus convaincants. Ces pressions avaient suffi pour diminuer la douleur.

» Ce qui, dans l'acte du vomissement, atténuait les douleurs de l'amygdale, c'était donc l'acte mécanique, les pres-

sions qu'il entraîne. La preuve était qu'en exerçant des pressions sans amener des vomissements, le résultat était le même.

» On comprendra que de ces manœuvres directes exercées avec le doigt sur l'organe lui-même, au massage méthodique, il n'y avait qu'un pas ; et quelques malades me suffirent pour le franchir.

» Ainsi est né le massage des amygdales. Parti de cette hypothèse que, dans les vomissements, c'est surtout la pression qn'ils provoquent sur les organes malades qui atténue les douleurs, j'en suis venu à pratiquer ces pressions directement, et ces pressions m'ont enfin conduit aux manœuvres méthodiques.

» Une fois ces faits constatés, les amygdalites aiguës étant fréquentes dans mon service, je fis souvent application du massage. Peu à peu, j'arrêtai les détails de ces manœuvres, les cas qui relèvent le plus directement de ce moyen de traitement, et ceux qui l'excluent.

» Puis après avoir constaté les avantages du massage isolé, j'en vins tout naturellement à le combiner avec les scarifications. Enfin les heureux résultats que j'avais obtenus de l'ignipuncture dans l'amygdalite chronique, me donnèrent l'idée de substituer les scarifications à la cautérisation en les aidant du massage dans le traitement de cette maladie ; et c'est ainsi que le cadre des applications du massage au traitement des amygdalites a été agrandi. »

Avant de donner la description du massage tel que le pratique M. le Dr Maurel, il nous paraît utile de donner le procédé employé par Velpeau pour appliquer la poudre d'alun sur les amygdales. On pourra voir ainsi la similitude des manœuvres employées.

« En se bornant à employer les gargarismes, beaucoup d'angines ne céderaient point. En portant la poudre d'alun

à l'aide d'un insufflateur, on manque de réussir. Le meilleur moyen consiste à se servir du doigt. Le chirurgien porte le doigt chargé de médicament jusque derrière le voile du palais, en ayant soin de ne pas laisser la poudre dans l'intérieur de la bouche. *Il faut que le doigt presse et frotte*, pour ainsi dire, la glande sur tous les points de sa surface, qu'en le courbant on le descende jusqu'auprès de la glotte pour le ramener derrière chaque amygdale, puis à la surface supérieure, à la partie interne. Pour cela, il suffit de recourber le doigt en crochet et d'appuyer sur les surfaces. (1) »

Ainsi qu'on pourra le voir dans la suite, ces manœuvres sont identiques à celles que nous allons décrire sous le nom de massage. Pour nous, les effets obtenus étaient dus surtout à ce procédé.

Nous donnerons d'abord la position du médecin et celle du malade.

Pour donner plus de facilité au médecin, le malade doit être assis sur un siège permettant de circuler autour de lui et de l'approcher d'aussi près que possible. Il doit, en outre, être placé en face d'une fenêtre ou tout au moins être disposé d'une façon telle que le fond de la gorge soit fortement éclairé. La tête doit être soutenue par un aide ou au besoin par le médecin lui-même

Le médecin se place en face du malade. Il opère de la main droite pour l'amygdale droite, et de la main gauche pour celle du côté gauche. La main qui reste libre s'appuie sur la tête du malade qui peut être ainsi maintenu.

Un aide peut être utile pour maintenir la tête du malade afin d'empêcher qu'il n'essaie de se dérober.

---

(1) Velpeau, Traitement des angines tonsillaires par l'alun en poudre et le nitrate d'argent. Bull. génér. de thérap., 1835.

Le malade et le médecin étant ainsi placés, le malade est invité à ouvrir la bouche autant que possible, l'écartement obtenu ainsi indique si le massage peut être pratiqué avec un ou deux doigts.

Si l'écartement des mâchoires malgré les efforts du malade reste très limité, le médecin introduit l'index du même côté que l'amygdale sur laquelle il veut agir, et sans brusquerie il pénètre jusque sur cet organe. Pendant cette introduction, l'important est d'appuyer sur la langue dans la première moitié du trajet, puis de l'abandonner dans la seconde partie. Les attouchements de la partie postérieure de la face dorsale de la langue auraient presque sûrement pour résultat de provoquer des efforts de vomissements qui forceraient à suspendre l'opération. En outre, ces efforts en éveillant les craintes du malade, rendraient ensuite les manœuvres plus difficiles. Le doigt étant ainsi introduit, et souvent on est étonné de la facilité avec laquelle on peut le faire, on en dirige la pulpe sur l'amygdale, et on commence le massage par la partie supérieure de l'organe malade. On effectue les pressions avec lenteur mais avec une certaine force, en les faisant de *haut en bas*.

Cette recommandation est des plus importantes. Ce n'est, en effet, qu'en ayant soin de faire les pressions dans ce sens, que l'on évite les vomissements. On les provoquerait sûrement en faisant des pressions dans le sens contraire.

Les pressions de *bas en haut* impriment au pharynx un léger mouvement d'élévation, et cette élévation constitue le premier temps du vomissement.

C'est donc là un point capital des manœuvres, et cela aussi bien quand elles sont pratiquées avec deux doigts ou avec un seul. Il faut donc éviter de ne pas toucher la base de la langue, et en second lieu de ne pas exercer des pressions de bas en haut ; nous en avons donné la raison.

Une fois la face interne de l'amygdale parcourue, le doigt est reporté à la partie supérieure et on recommence.

Dès la seconde ou troisième pression, le doigt, qui a reconnu l'organe dans sa totalité, doit chercher à l'adapter autant que possible à sa forme. De cette façon les pressions s'exercent partout avec la même force. Ces pressions doivent être toujours lentes, mais de plus en plus fortes.

Pendant qu'il les pratique, le médecin doit aussi surveiller le malade. Au moindre effort de régurgitation, il doit être prêt à les interrompre. Cependant l'habitude fait rapidement reconnaître parmi ces efforts ceux qui ne sont qu'une menace de vomissement de ceux qui peuvent en être suivis.

On exerce de quatre à six pressions (comme nous avons dit plus haut) et on laisse au malade le temps de se reposer. Le patient peut alors débarrasser sa gorge des mucosités que ces manœuvres viennent d'y faire affluer, en crachant ou en buvant quelques gorgées d'eau tiède légèrement aromatisée. Après quelques minutes d'intervalle, le médecin recommence les mêmes manœuvres, il fait ainsi deux ou trois reprises pour chaque amygdale.

Ce sont là les manœuvres que l'on effectue quand on ne peut introduire qu'un doigt. On pratique des pressions de haut en bas ; mais souvent il arrive qu'après les avoir faites pendant quelques séances, l'écartement des mâchoires est tel qu'on peut introduire en même temps l'index et le pouce. L'index et le pouce à demi fléchis et opposés l'un à l'autre sont introduits dans la bouche jusqu'à l'amygdale. L'index est passé derrière l'organe malade et le ramène ainsi vers le pouce.

Du reste, les détails de ces manœuvres varient avec la forme et le volume de l'organe.

Que l'on exerce le massage avec un doigt ou avec deux,

chaque reprise doit comprendre de quatre à six pressions, et la séance pour chaque amygdale doit être de trois à quatre reprises. Les reprises et les séances pourront être plus longues à la fin du traitement qu'à son début. L'habitude les fait mieux tolérer.

Les séances peuvent être répétées tous les jours. Au commencement du traitement il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à les faire plus fréquentes. Plus tard, on peut les espacer et ne les faire que tous les deux ou trois jours.

Enfin, quand les deux amygdales seront enflammées, il est bon d'alterner les reprises sur chacun de ces organes.

On éprouve quelquefois des difficultés pour opérer ces manœuvres. La première est le faible écartement des mâchoires : elle est même parfois insurmontable. Le doigt ne peut pas être introduit, il faut savoir attendre ; mais il ne faudrait pas voir là une objection contre le massage. Le faible écartement des mâchoires, en effet, est dû au gonflement des ganglions sous-maxillaires ou même à la suppuration des amygdales : dans ces deux cas, le massage est contre-indiqué.

Une seconde difficulté peut tenir à la grande sensibilité du malade, qui provoquerait des vomissements au moindre attouchement. Elle demande quelques précautions, mais il est rare qu'on n'arrive pas à en triompher. Malade et médecin doivent s'armer de patience et de bonne volonté. Après une ou deux séances, on verra la tolérance s'établir et les manœuvres être acceptées avec la plus grande facilité.

Les bienfaits que l'on obtient de ce traitement ne tardent pas à se faire sentir. Avant de pratiquer le massage, la douleur provoquée par la déglutition était vive. On peut du reste s'en assurer en faisant prendre au malade quelques gorgées de liquide. Après avoir pratiqué le massage, cette douleur a diminué dans de fortes proportions. La respiration, qui était

rendue difficile par l'augmentation de volume des amygdales, se fait plus librement, et la voix perd en grande partie son timbre nasonné.

L'écartement des amygdales, qui est quelquefois très faible et qui même n'existe plus, les deux organes étant au contact, est plus sensible. Souvent, après une séance de massage, il atteint presque un centimètre.

On peut pratiquer le massage des amygdales dans les formes aiguës et dans les formes chroniques, et ses indications diffèrentdans ces deux cas. Nous ne nous occuperons pas ici du traitement des formes chroniques.

Dans les formes aiguës, il rend de grands services surtout dans les amygdalites doubles, s'accompagnant d'une augmentation telle de ces organes que l'isthme du pharynx est fortement rétréci. Parfois on voit, en effet, les deux amygdales se toucher presque et ne pas même laisser entre elles la place de la luette, qui est rejetée en avant.

Dans ces cas, la déglutition s'accompagne d'une vive douleur et le malade ne peut prendre d'aliments solides : il ne peut prendre que des aliments liquides tels que bouillon, lait; la déglutition même de la salive lui cause de la gêne. Le massage a pour premier effet de calmer la douleur que provoque la déglutition. C'est surtout dans les amygdalites qui ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux qu'on doit l'employer.

Mais il est contre-indiqué quand on se trouve en présence d'une amygdalite avec fièvre intense, gonflement des ganglions sous-maxillaires. D'abord il serait difficile à appliquer, étant donné le faible écartement des mâchoires que l'on peut obtenir ; ensuite il serait plus nuisible qu'utile en pouvant favoriser la suppuration.

Quand l'amygdalite menace de se terminer par suppuration, il faut bien se garder d'effectuer le massage, il vaut mieux

avoir recours alors aux scarifications, qui ont l'avantage de donner un passage au pus. Enfin, on ne doit pas l'employer quand l'aspect de la surface de l'amygdale fait craindre de se trouver en présence d'une angine diphtéritique.

CHAPITRE IV

Les amygdalites aiguës étant fréquentes, les occasions de pratiquer le massage et les scarifications se présentent souvent. Aussi les observations ne manquent-elles pas.

Toutefois, je donnerai d'abord quelques-unes des plus anciennes, de celles qui appartiennent, pourrait-on dire, à la période de recherches, et dont l'issue rapidement heureuse contribua à faire entrer dans la pratique ces deux modes de traitement.

OBSERVATION PREMIÈRE

Amygdalite aiguë. — Double scarification suivie de massage. Guérison rapide
(Docteur Maurel)

P... entre à l'hôpital le 1er février 1884, pour amygdalite double datant de trois jours.

Le malade a déjà pris un vomitif, cependant son état ne s'est pas amélioré.

A son entrée, les deux amygdales sont presque au contact ; la respiration est difficile et la déglutition douloureuse, il existe également un léger gonflement des ganglions sous-maxillaires. Enfin, depuis le début de l'affection, le malade est en

proie à une fièvre intense. La température et de 39°5 le soir, et de 39° le lendemain matin.

Tenant compte de cet état fébrile, de la difficulté de la déglutition et de la gêne de la respiration, qui va toujours en augmentant, M. le Dr Maurel se décide à s'adresser aux émissions sanguines, et pour rendre ce traitement plus efficace, pense le faire directement sur la partie enflammée.

Le malade est assis sur une chaise en face du jour, et quoique l'écartement des mâchoires soit très limité, on peut cependant introduire le scarificateur.

C'est par l'amygdale gauche que l'opération est commencée ; elle est rendue un peu difficile par ce fait que le pilier antérieur coiffe l'amygdale, il faut beaucoup d'attention pour ne pas le blesser. Cependant en attaquant l'organe par la face externe, on peut faire une série de ponctions qui se transforment, étant donnée la forme de l'instrument employé, en incisions ; le sang s'écoule immédiatement en bavant.

Après avoir fait plusieurs incisions en allant de bas en haut, le malade se gargarise avec de l'eau tiède pour favoriser l'écoulement.

Ces incisions n'ont causé qu'une douleur insignifiante. La même opération est pratiquée alors sur l'amygdale droite. De ce côté, il est plus facile de pratiquer les incisions ; le pilier antérieur avance moins sur l'organe.

Le malade ne prend que du bouillon pendant la journée. Comme prescription, il a un gargarisme émollient ; le soir, le malade est mieux ; la déglutition est un peu moins pénible.

Le 2 février, la température est à 38°, le malade a un peu reposé pendant la nuit et les douleurs sont moins vives ; les incisions faites la veille n'ont presque pas laissé de traces. Les scarifications sont renouvelées des deux côtés, mais de plus l'écartement des mâchoires est un peu plus grand et le doigt peut être introduit jusqu'aux amygdales. Après les

incisions, le massage est pratiqué pour favoriser l'écoulement du sang. Le résultat de ces manœuvres est excellent ; d'abord, il est supporté sans trop de douleur et de peine par le malade ; ensuite, le bienfait procuré par ces pressions méthodiques est immédiat.

Pour bien s'en rendre compte, M. le Dr Maurel avait fait boire quelques gorgées au malade avant l'opération, le malade se plaint de ressentir dans la déglutition une douleur plus forte du côté gauche que du côté droit. Les scarifications et le massage sont pratiquées du côté gauche. Après l'opération, le malade boit de nouveau, et accuse au contraire, une douleur plus violente du côté droit. Les mêmes opérations pratiquées de ce côté amènent une diminution de la douleur. On peut voir à la fin de la séance que l'espace entre les amygdales a diminué au moins d'un demi-centimètre

Le mieux se maintient toute la journée. Le malade prend des potages plusieurs fois par jour et continue à se gargariser avec une infusion émolliente. Le soir, la température est à 38°,5.

Le 3 février, à la visite du matin, la température n'est plus qu'à 37°,8 ; le malade a dormi, la déglutition est plus facile et la voix moins nasonnée.

Aussi, devant cette amélioration, les scarifications ne sont-elles pas pratiquées : le Dr Maurel se contente d'effectuer le massage que le malade supporte facilement. L'inflammation ayant diminué, l'écartement des mâchoires est plus grand et l'introduction du doigt plus facile.

Le résultat est le même que la veille, la douleur de la déglutition est moins vive après le massage qu'avant. Les deux jours suivants, la même opération est répétée et le malade la supporte de mieux en mieux.

Le 6, les amygdales sont encore un peu volumineuses,

mais toute douleur a disparu. La déglutition peut se faire sans douleur. Les préparations émollientes sont alors remplacées par des préparations astringentes.

Le 10, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION II

Amygdalite aiguë. — Double scarification et massage. — Guérison rapide (Dr Maurel)

J... entre à l'hôpital le 2 mars 1884, atteint d'une amygdalite double.

La gêne est extrême, aussi bien pour la déglutition que pour la respiration ; la voix est très affaiblie, et les ganglions sous-maxillaires engorgés. L'écartement des mâchoires est très limité ; on ne peut apercevoir que difficilement les amygdales qui sont presque en contact. Elles ne laissent même pas entre elles l'épaisseur de la luette, qui est refoulée en avant.

La fièvre est intense, la peau est couverte de sueur ; la face est rouge et les yeux injectés. Le thermomètre marque 39°.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, le malade a pris un vomitif.

En présence de cet état général, le Dr Maurel prescrit un purgatif, une tisane laxative et des bouillons seulement comme alimentation. Mais, en outre, pour remédier le plus rapidement possible aux accidents locaux qui, s'ils s'aggravaient, pourraient devenir inquiétants, il est procédé aux scarifications des deux côtés.

L'écoulement sanguin est assez abondant ; il est favorisé par des gargarismes tièdes. Comme l'écartement des mâchoires n'est pas assez considérable pour permettre l'introduction du doigt, on enlève les caillots au fur et à mesure qu'ils se forment avec des pinceaux de charpie. Après cette première séance, le malade se trouve mieux.

Le soir, il existe un mieux sensible ; cependant les mâchoires ne peuvent s'écarter assez pour permettre l'introduction du doigt.

Il est de nouveau procédé aux scarifications en les accompagnant cette fois du massage, qui, sans pouvoir être fait d'une manière complète, permet cependant d'exercer quelques pressions sur les amygdales. Le résultat de cette séance est encore plus sensible que celui obtenu le matin.

Le 3 mars, la maladie a un peu diminué ; le patient a pu avaler quelques cuillerées de bouillon. Enfin il y a une véritable détente du côté des accidents généraux ; le thermomètre est à 37°,8. L'écartement des mâchoires est de moins en moins limité.

Il n'est fait, ce jour-là, que quelques massages légers.

Le malade a un peu mieux dormi, mais cependant la déglutiton est encore des plus pénibles et la respiration très gênée.

Le 4 mars, il est fait des scarifications suivies de massage, qui peut alors être opéré d'une manière plus complète. Le résultat se montre immédiatement ; la diminution de la douleur et du volume des amygdales est très sensible.

Le malade peut prendre un peu de potage ; le soir, la température est à 38°5, mais elle tombe le lendemain matin.

Les trois jours suivants, il n'est pratiqué que des massages ; les douleurs de la déglutition ayant presque disparu, il est ordonné des gargarismes astringents.

La température est normale ; les amygdales restent encore

un peu volumineuses, mais elles ne gênent plus ni la respiration ni la déglutition.

Les scarifications ne laissent aucune trace, quoique les dernières qui ont été faites aient une étendue de 2 centim. environ.

Le 12 mars, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION III

Amygdalite aiguë double. — Scarifications et massage

(Docteur Maurel)

Le 15 novembre 1886, le nommé S... entre à l'hôpital pour une amygdalite double.

Le début de la maladie remonte à deux jours ; la douleur, qui était supportable dans la journée du 13, est devenue assez forte le lendemain pour que le malade demande à entrer à l'hôpital.

A l'examen de la gorge, on voit les amygdales fortement congestionnées, au point qu'elles sont en contact avec la luette.

La déglutition est très douloureuse et même presque impossible ; enfin, il y a une fièvre intense, et les ganglions sous-maxillaires sont engorgés.

La veille, un vomitif a été administré au malade.

Le patient peut ouvrir la bouche d'une façon suffisante ; il lui est fait une série de ponctions avec le scarificateur, ponctions qui, grâce à la forme de l'instrument, se transforment en incisions. Ces scarifications sont suivies d'un massage

léger, qui a surtout pour objet de favoriser l'écoulement du sang.

Cette opération est pratiquée sur les deux amygdales.

Une amélioration marquée suit ces manœuvres, à ce point que, faites vers 9 heures du matin, à midi le malade peut prendre un potage sans éprouver trop de douleur.

Le lendemain, le gonflement et la douleur ont un peu reparu, sans toute fois être aussi intenses que la veille.

De nouvelles scarifications suivies de massage sont pratiquées. L'amélioration est encore plus accentuée que la veille, elle se maintient le jour suivant.

Aussi, les trois jours suivants, le docteur Maurel se contente-t-il de faire du massage sans scarifications. Depuis le 18, le malade se gargarise avec une solution de chlorate de potasse, et, à partir du 20, c'est même le seul traitement employé.

Le 22, le gonflement des amygdales a disparu ainsi que la douleur. Le malade mange depuis trois jours, et il sort de l'hôpital le lendemain.

OBSERVATION IV

Amygdalite aiguë du côté droit. — Massage, amélioration très rapide
(Docteur Maurel)

Le 20 décembre 1886, le nommé P... entre à l'hôpital atteint d'amygdalite aiguë du côté droit.

Cette affection remonte à plusieurs jours. On a employé contre elle le repos, des gargarismes au chlorate de potasse et des insufflations d'alun. Mais tous ces moyens sont restés

sans succès, et devant cette résistance de l'affection, le malade entre à l'hôpital.

Le patient a peu de fièvre, mais, par contre, il souffre considérablement de l'amygdale droite. Cet organe est fortement congestionné, rouge, augmenté de volume et proémine en avant. Enfin, tout mouvement de déglutition est des plus douloureux.

Devant ces symptômes locaux, qui ne sont accompagnés d'aucun symptôme général, le Dr Maurel pratique le massage méthodique de l'amygdale, que le malade supporte très bien et qui est suivi d'une amélioration marquée. La déglutition est devenue moins pénible, la douleur qu'éprouvait le malade pour avaler est bien moins vive, la rougeur a légèrement diminué.

Après le massage, le malade fait usage de gargarismes émollients. Le lendemain, 21, le massage est de nouveau pratiqué et suivi des mêmes résultats que la veille, c'est-à-dire que la déglutition est moins douloureuse, l'amygdale a légèrement diminué de volume.

Les trois jours suivants, le massage est pratiqué, toujours avec les mêmes résultats. Le 24, les phénomènes douloureux ont disparu et la déglutition se fait sans difficulté. Mais l'amygdale est encore volumineuse : son volume est sensiblement au-dessus de la normale.

Le massage est encore continué les 26, 28 et 30 décembre. L'amygdale reprend son volume primitif, et le malade sort de l'hôpital le 31 pour reprendre ses occupations.

OBSERVATION V

Amygdalite double aiguë ; massage ; amélioration très rapide.

(Docteur Maurel)

Le 10 juin 1887, le nommé F.... entre à l'hôpital pour une amygdalite double datant de quatre jours.

Au début, le 5 juin, le malade a eu une fièvre intense avec de l'embarras gastrique. Le lendemain, le patient accuse de la douleur dans la déglutition ; les amygdales ont augmenté de volume, et ce gonflement, ainsi que la douleur, ne fait que s'accentuer dans la journée du 7 et du 8 juin.

Avant son entrée à l'hôpital, le malade a pris un vomitif, qui n'a amené aucune amélioration.

A son arrivée, les deux amygdales sont très fortement congestionnées et presque au contact. La déglutition est pénible, la parole elle-même est très difficile : le malade est abattu. Le massage est immédiatement pratiqué des deux côtés. Le bénéfice de ce traitement ne se fait pas attendre : le malade, qui avalait difficilement, peut prendre du potage. Les amygdales, qui étaient presque au contact, ont diminué de volume, et l'écartement qui existe entre ces deux organes après la séance de massage est d'environ un centimètre.

Le lendemain, l'amélioration constatée la veille s'est maintenue ; les douleurs ont diminué de violence, le volume des amygdales est moindre que la veille. Un nouveau massage est pratiqué. Le résultat est aussi marqué que la veille ; le gonflement diminue sensiblement et les douleurs vont en s'atténuant.

Les 12, 13 et 14 juin, il est toujours pratiqué une séance de massage. Le malade, qui d'abord ne pouvait prendre que

des aliments liquides, peut maintenant en prendre de solides.

Une amélioration des plus marquées s'est donc établie en quatre jours. Les phénomènes douloureux ont diminué et presque disparu. Aussi, devant cette amélioration, le massage n'est-il plus pratiqué que tous les deux jours. Le volume des amygdales a également diminué dans de fortes proportions. Le 24, le malade quitte l'hôpital ; les deux organes ont repris leur volume primitif.

OBSERVATION VI

Amygdalite aiguë survenant dans un cas d'amygdalite chronique. — Massage
Amélioration rapide.
(Dr Maurel)

Le 10 juin 1890, le jeune L..., âgé de 7 ans, atteint depuis assez longtemps d'une amygdalite chronique double, souffre depuis deux jours d'une poussée aiguë.

Les deux amygdales sont très volumineuses et par cela même rendent la déglutition difficile. En même temps, elles sont très douloureuses.

Les parents, qui depuis assez longtemps pratiquaient des insufflations d'alun, avaient eu de nouveau recours à ce moyen, espérant arrêter la poussée aiguë. La douleur n'avait fait qu'augmenter. Appelé à ce moment, M. le docteur Maurel pratique le massage des deux amygdales, qui, malgré le jeune âge du sujet, est accepté sans difficulté.

Ces manœuvres sont suivies d'une sensible amélioration, d'ailleurs cette opération a été faite avec beaucoup de ménagements étant donné l'âge du jeune malade.

Le lendemain, la même opération est pratiquée, mais en appuyant plus fortement sur les organes malades. Elle est également bien supportée. La douleur a sensiblement diminué, les deux amygdales qui étaient au contact laissent maintenant entre elles un espace appréciable. Les trois jours suivants, le massage est pratiqué.

Sous l'influence de ces manœuvres, cette poussée aiguë a cédé rapidement, et ces quelques jours suffisent pour ramener les deux amygdales à leur état primitif, c'est-à-dire au volume qu'elles avaient avant la poussée aiguë.

Le massage a été continué ensuite pendant quelque temps et l'état chronique s'est amélioré sans que toutefois les amygdales soient revenues à leur volume normal. La guérison de l'hypertrophie des amygdales n'a été obtenue que par l'igni-puncture.

CONCLUSIONS

De ce travail sur les scarifications et le massage employés dans l'amgydalite aiguë, il nous paraît résulter que :

1° Il existe une variété d'amgydalite avec fièvre, engorgement des ganglions sous-maxillaires pour laquelle les émissions sanguines sont indiquées.

2° Les émissions sanguines qu'on doit employer de préférence sont les scarifications faites sur l'organe malade.

3° Dans ce cas, les scarifications diminuent rapidement le volume des amgydales et les symptômes douloureux qui accompagnent leur inflammation.

4° Quand les amgydales sont enflammées et qu'il n'y a pas de symptômes généraux graves, le massage arrive au même résultat.

5° Les résultats les plus heureux sont obtenus en combinant ces deux moyens.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier le 19 mars 1891.
Pour le Recteur :
L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE DÉLÉGUÉ
J. YON.

VU BON A IMPRIMER:
Montpellier le 19 mars 1891.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !